Cuentas Nacionales de Salud en Países en Desarrollo: Mejorando los Fundamentos

Ravindra P. Rannan-Eliya

Investigador Asociado
Data for Decision Making Project
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Peter Berman

Profesor Asociado de Economía de la Salud Internacional
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

20 de Octubre de 1995

Indice

Resumen	1
Introducción	3
Importancia de la Contabilidad del Ingreso Nacional en las Cuentas Nacionales de Salud	6
Desarrollo de Cuentas Nacionales de Producción y de Ingreso.	7
Estimaciones del Gasto Nacional en Salud en la OCDE	9
Utilizando la Contabilidad de la Renta Nacional para estimar el Gasto Nacional en Salud	10
Cuentas Nacionales de Salud en los EE.UU.	15
Estimaciones del Gasto Nacional de en Salud en los Países en Desarrollo	22
Primeros trabajos	22
Desarrollos en los ochenta	24
Cuentas Nacionales de Salud: Herramientas y Capacidades Actuales	27
Estado de los manuales existentes	27
Limitaciones en las capacidades estadísticas	31
Limitación de recursos	32
Conclusiones y Recomendaciones	34
Recomendaciones Específicas	36
Bibliografía	37

Resumen

Las Cuentas Nacionales de Salud describen los flujos de gasto tanto privado como público dentro del sector salud. Describen las fuentes, los usos y los canales para todos los fondos utilizados en el sector salud y son un requisito básico para una gestión óptima en la asignación y movilización de recursos del sector salud. Hace tiempo que se ha reconocido la necesidad de cuentas nacionales de salud pero en la mayoría de los países, su recopilación y uso está infradesarrollado.

Aunque el propósito de las cuentas nacionales de salud se parece al de las cuentas de renta nacional, las primeras no pueden basarse en estas últimas debido a una serie de problemas conceptuales y metodológicos. Esto se debe a que el sistema de Contabilidad Nacional Estándar (SNA) de las Naciones Unidas fue designado con otro objetivo, el análisis de las condiciones económicas y, en particular, la producción. Sería irreal esperar que el SNA pudiera ser modificado lo suficiente como para permitir su empleo en los análisis del sector salud. La experiencia en los países desarrollados nos indica que las cuentas nacionales de salud se recopilan mejor cuando se hace de forma separada a la contabilidad del ingreso nacional y por una agencia específica asociada al Ministerio de Salud porque es muy raro que los Institutos Nacionales de Estadística tengan la competencia necesaria para tratar con datos de salud.

La experiencia adquirida por los Estados Unidos en recopilar sus cuentas nacionales de salud tiene una particular relevancia para la mayoría de los países en desarrollo, dada la naturaleza tan plural de este país en el financiamiento y provisión de atención de salud. La Administración para el Financiamiento de la Atención de Salud (HCFA) recoge de varias fuentes la contabilidad nacional del gasto en salud en los EE.UU.. Virtualmente, todos estos datos han sido obtenidos por terceras partes y con otros objetivos. Puesto que este tipo de datos se caracterizan por diferir en las definiciones y existen unas brechas considerables en cobertura, la HCFA emplea muchos de sus esfuerzos en ajustar y extrapolar los datos. La calidad de los datos también varía y por eso se efectúa un continuo esfuerzo para reevaluar la fiabilidad de los distintos recursos. Al final, las estimaciones resultantes se consideran más precisas que las fuentes de datos individuales de las que derivan.

Los beneficios potenciales de unas cuentas nacionales de salud son al menos tan grandes, si no más, para los países en desarrollo, dadas las restricciones económicas a las que se enfrentan estos países. Sin embargo, la contabilidad

nacional de salud está menos desarrollada en los países en desarrollo y son pocos los que han recopilado alguna cuenta. Entre los obstáculos, encontramos que apenas se han desarrollado unos marcos de trabajo conceptuales y unas herramientas metodológicas relevantes para el tipo de situación de los países en desarrollo. Aunque en los últimos años se han desarrollado un número de manuales y guías, todas ellas están enfocadas hacia como llevar a cabo un estudio ocasional y ofrecen muy poca ayuda sobre como recopilar cuentas de una forma regular. Además, proveen una orientación limitada sobre como estimar los gastos del sector privado. Las metodologías para estimar estos últimos están pobremente desarrolladas y los gastos privados siguen siendo el área más débil de las estimaciones de las cuentas nacionales de salud.

Debería hacerse un esfuerzo primordial para mejorar la situación actual en los países en desarrollo. Entre las prioridades pueden incluirse el desarrollo ulterior, sobre una base internacional, de las definiciones y directrices básicas empleadas en el trabajo de las cuentas nacionales de salud. También hay que trabajar en el desarrollo y divulgación de herramientas más costo-efectivas para estimar los gastos en salud, haciendo énfasis en los gastos privados. Aquellos países cuyas capacidades estadísticas nacionales sean particularmente débiles, pueden requerir ayuda técnica y financiera a largo plazo.

Introducción

En el sector salud, como en cualquier otro sector, los recursos disponibles para alcanzar los objetivos nacionales son limitados. Por eso, los diseñadores y planificadores de políticas del sector salud deben conocer los potenciales y las limitaciones en la asignación y movilización de recursos si quieren ser efectivos a la hora de lograr sus objetivos. Para lograr este conocimiento, es esencial disponer de una información precisa sobre la disponibilidad y distribución actual de los recursos en el sector y sus direcciones de flujo, así como los cambios previos y esperables en este patrón. El objetivo de las estimaciones nacionales de los gastos en salud es proporcionar este tipo de información. Para ser completas, las estimaciones del gasto nacional en salud deben incluir no sólo los desembolsos del sector público sino también las contribuciones y actividades del sector privado. Por eso, la estimación de los gastos de salud supone algo más que revisar los datos de los sistemas de información presupuestaria porque las estimaciones deberían intentar describir la totalidad de los flujos de gasto tanto en el sector gubernamental como en el no-gubernamental. El producto final es una forma de cuentas para el sector salud en su conjunto que puede denominarse Cuentas Nacionales de Salud.

Las Cuentas Nacionales de Salud no son sólo informes descriptivos sino también documentos que pueden ser utilizados para mejorar la capacidad de los planificadores a la hora de gestionar el sector sanitario. Pueden ayudar a formular y monitorear nuevas estrategias sectoriales y evaluar el impacto de las intervenciones. Forman la base para examinar la distribución de recursos y para técnicas como el análisis costo-efectividad y la asignación de prioridades. Si son lo suficientemente detalladas, también pueden describir el flujo de recursos entre los particulares y las instituciones. De esta forma, pueden emplearse con fines de contabilidad social, pudiendo examinar el impacto de políticas desde la perspectiva de su impacto sobre la distribución a los particulares y pueden conectar el nivel macro con el micro (particulares). A nivel internacional, las Cuentas Nacionales de Salud pueden emplearse para hacer comparaciones entre los países, por ejemplo, para valorar el flujo de ayuda internacional al sector salud.

En la mayoría de los países de bajos ingresos, la estimación del gasto nacional en salud es una actividad relativamente poco desarrollada. Razones tanto históricas como dificultades prácticas a la hora de hacer estimaciones han impedido que la mayoría de estos países establecieran Cuentas Nacionales de Salud, ya fueran actualizadas o retrospectivas. Tradicionalmente, la única información financiera que los planificadores del sector salud están acostumbrados a manejar son los datos de

los presupuestos oficiales de los gobiernos. En el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los gobiernos adoptaron la posición de que si debían tener un papel en el sector salud, deberían entonces tener la responsabilidad exclusiva en la provisión de servicios. Por ello no era necesario llevar cuenta de las actividades de las agencias fuera del sector público. Sólo con la toma de conciencia de que los gobiernos carecían de los suficientes recursos para lograr tales objetivos ha habido un interés en examinar recursos alternativos de provisión y financiación. El pensamiento más reciente ha resaltado la necesidad de adoptar una visión más general de los sistemas de salud, incluyendo tanto al sector público como al privado. La percepción del papel del gobierno está cambiando, alejándose de la provisión directa para acercarse a la creación y gestión del entorno en el que se proveen los servicios. Hacer esto con efectividad requiere información sobre el conjunto del sistema de salud. Además, donde exista una preocupación por los temas de igualdad como la incidencia y distribución de los beneficios y de los costos, los análisis deben incluir datos del lado de los usuarios/demanda. Este tipo de información no puede obtenerse de la documentación presupuestaria y debe conseguirse de otras fuentes. Este cambio en la demanda de información aún continúa, y por eso, la experiencia sobre su consecución es todavía limitada.

El objetivo último del proyecto Data for Decision Making es ampliar la utilización de los datos disponibles en la toma de decisiones y, de esta forma, contribuir al proceso de reforma del sector salud. Las Cuentas Nacionales de Salud son una herramienta básica fundamental para comprender el financiamiento y organización del sector salud. Este informe proporciona una revisión del trasfondo general que forma la base para un desarrollo y aplicación de una herramienta más específica.

La primera sección revisa el desarrollo de la contabilidad del ingreso nacional y su aplicabilidad al trabajo en el sector salud. Aunque ahora se acepta más ampliamente la importancia de hacer estimaciones del gasto nacional en salud, todavía existen muchas dificultades que impiden la formulación de unas estimaciones fiables y útiles. En este sentido, el desarrollo de cuentas del ingreso nacional es de gran importancia, no sólo porque es deseable para hacer las Cuentas Nacionales de Salud compatibles con las cuentas del ingreso nacional, sino también porque el proceso de creación de un sistema internacional de cuentas del ingreso nacional ofrece algunas lecciones sobre como conseguir lo mismo para el sector salud.

La segunda sección revisa la historia de los esfuerzos para aplicar metodologías existentes en la estimación del gasto nacional en salud, empezando con los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), donde la experiencia es mayor y el proceso de desarrollo más avanzado. Esta sección concluye con una descripción de las Cuentas Nacionales de Salud de los EE.UU., particularmente relevantes para los países en desarrollo. La tercera sección aborda la situación en los países en desarrollo y el estado de las herramientas metodológicas disponibles actualmente.

Todavía queda mucho trabajo que hacer para mejorar la calidad y cantidad de los datos sobre las Cuentas Nacionales de Salud . Este esfuerzo será un proceso largo que involucre tanto a los donantes internacionales como a cada uno de los países. El informe concluye con recomendaciones que ayuden a enfocar estos esfuerzos futuros.

Importancia de la Contabilidad del Ingreso Nacional en las Cuentas Nacionales de Salud

En esencia, las cuentas del ingreso nacional son muy similares a las Cuentas Nacionales de Salud. Describen para el conjunto de la economía lo que las Cuentas Nacionales de Salud describen para el sector salud. Concretamente, intentan describir las magnitudes de la producción, el gasto y el ingreso en una economía y así relacionarlas entre sí de una manera sistemática. El propósito global es ayudar en la elaboración de directrices políticas.

Muchos de los numerosos conceptos y convenciones establecidos para las cuentas del ingreso nacional son relevantes en la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud y han sido adoptados directamente. Entre ellos podemos incluir tanto el principio de que los pagos o transferencias de dinero no deben ser registrados por partida doble como la distinción entre capital y gastos corrientes. También sería deseable que la estimación del gasto nacional en salud fuera compatible con el ingreso nacional y las cuentas de producción porque son la base para un análisis macroeconómico general. Los recursos empleados en el sector salud no están disponibles para otros sectores de la economía. Puesto que uno de los principales propósitos de las Cuentas Nacionales de Salud es cuantificar los gastos en salud en relación con los recursos totales, los dos conjuntos de cuentas deben ser compatibles.

Los muchos parecidos entre las Cuentas Nacionales de Ingreso y de Salud han llevado a numerosas recomendaciones a lo largo de estas décadas para que las estimaciones del gasto nacional en salud se lleven a cabo como una extensión del esfuerzo de las cuentas del ingreso nacional y/o por la misma organización o individuo (Abel-Smith, 1963, 1967; Foulon, 1982; Cumper, 1986). Este es un asunto de bastante importancia porque supone una elección primordial sobre como debería llevarse a cabo la sanitaria nacional de salud. También ha habido sugerencias de que las cuentas del ingreso nacional deberían ser suficientes para estimar el gasto nacional en salud y que el esfuerzo extra requerido para hacer estimaciones por separado es innecesario (Deering, 1981). Es útil, por todo ello, revisar el desarrollo de las cuentas del ingreso nacional antes de volver al asunto de las Cuentas Nacionales de Salud.

Desarrollo de Cuentas Nacionales de Producción y de Ingreso.

El trabajo sobre la contabilidad de la renta nacional empezó ya en el siglo XVII, pero su desarrollo sustancial no ocurrió hasta el siglo XX. Como observó Stone en 1971, el pensamiento económico de la Europa del siglo XVIII estaba más preocupado por la formulación de sistemas teóricos de conexiones económicas inferidas a partir de unas pocas suposiciones primarias que en la observación de las realidades de la vida económica. El análisis de tópicos más amplios sobre política económica y social se basó más en preceptos que en estadísticas. Aunque hubo una mejora sensible en la disponibilidad de estadísticas económicas y sociales durante el siglo XIX, especialmente en Gran Bretaña, nadie intentó sintetizarlas de manera unificada.

No fue hasta los años 30 cuando los economistas se dieron cuenta de que las estimaciones de ingreso y de producción podían combinarse y relacionarse en el marco de la contabilidad. Las dificultades económicas de los años 20 y la depresión subsiguiente demostraron la importancia de basar la política macroeconómica en valoraciones detalladas de la economía real. Este concepto supuso un nuevo énfasis en el estudio objetivo de las condiciones económicas. Varios autores, como Keynes, resaltaron las conexiones entre las variables macroeconómicas y la necesidad de un marco en el que se pudieran relacionar estas variables y que pudiera ser llenado con estimaciones numéricas. En respuesta a sus sugerencias, varios países, incluyendo los Estados Unidos, Gran Bretaña, Holanda y Palestina, produjeron las primeras cuentas de ingreso y de producción nacional.

Retrospectivamente, puede verse cómo el proceso de desarrollo de cuentas de ingreso y de producción nacional ha pasado por cuatro etapas reconocidas, resumidas en la Tabla 1. Un proceso similar de cuatro etapas puede identificarse respecto al desarrollo de Cuentas Nacionales de Salud. Mientras la segunda etapa del desarrollo de las cuentas del ingreso nacional corresponde a los años 20 y 30, la segunda etapa para el desarrollo de las Cuentas Nacionales de Salud corresponde a los años 70 y 80. Estas ideas serán expuestas más ampliamente en la sección sobre estimaciones de los gastos de salud en los países en desarrollo.

Una vez que se han establecido varios marcos contables nacional, el proceso de desarrollo entró en una cuarta etapa después de 1944. Hubo varios intentos de estandarizar y preparar los diversos sistemas de contabilidad de renta nacional siguiendo unos formatos comunes. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo en Europa (OCDE) publicó un sistema estándar de contabilidad nacional en 1950 y 1952; después, en 1953, las Naciones Unidas presentaron su Sistema de Contabilidad Nacional Estándar (SNA). Las diferencias entre los dos eran relativamente pequeñas. El SNA constituyó la base de mucho del trabajo realizado en los años cincuenta que expandió la aplicación de contabilidad nacional a los

Tabla 1**Etapas en el Desarrollo de Contabilidades Nacionales: Factores Históricos Comunes**

1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa	4ª Etapa
Políticas basadas en teorías derivadas de suposiciones	Crisis Económicas que generan la percepción de necesidades de análisis empíricos que determinen las políticas	Empieza la recopilación de datos sistematizada	Armonización transnacional de los marcos contables
Poca demanda de datos de contabilidad nacionales	Nuevos enfoques en la elaboración de políticas, que requieren datos reales sobre relaciones y cantidades reales	Desarrollo de marcos de contabilidad nacional	Políticas fuertemente influidas por el análisis de las diferencias internacionales

países en desarrollo. Fue revisado posteriormente (Oficina de Estadísticas de la ONU, 1968) y es el estándar que se utiliza ahora en la mayoría de los países. Sin embargo, aunque ahora hay un sistema aceptado internacionalmente de contabilidad nacional, no ha sido asimilado del todo en muchos países en desarrollo. Todavía se encuentran problemas para adaptar las metodologías creadas en los países industrializados a las circunstancias de los países en desarrollo (Chander, 1980) mucho más pobres. Pero existe un conjunto de cuentas nacionales de ingreso y de producción, aún cuando la fiabilidad de los números varía considerablemente. La existencia de estas estimaciones permite hacer comparaciones válidas entre países para un número de aspectos de sus economías. Sin estos desarrollos, mucho del trabajo actual de análisis económico comparativo no sería posible.

Estimaciones del Gasto Nacional en Salud en la OCDE

El desarrollo de cuentas nacionales de salud ha seguido al de las cuentas de ingreso nacional y, en muchos aspectos, las dos comparten las mismas sendas evolutivas. El proceso empezó en los países desarrollados y sólo ahora está tomando ritmo en el mundo en desarrollo. En ambos contextos, se ha pasado por las etapas descritas para las cuentas de ingreso nacional.

Durante gran parte del período subsiguiente a la Segunda Guerra Mundial, los gastos de salud en los países de la OCDE se expandieron rápidamente, sin analizar mucho las causas subyacentes o la extensión real del gasto. Había relativamente pocos datos transnacionales fiables y la comprensión sobre lo que determinaba las diferencias en los gastos de salud a lo largo del tiempo y entre los países era limitada cuando no errónea. Fue sólo con el impacto de los costos crecientes del petróleo en la recesión de principios de los setenta cuando surgió una preocupación seria sobre las tendencias subyacentes en los gastos (OCDE, 1977). Esta preocupación fomentó una gran demanda de estimaciones de gastos a nivel nacional más precisas y significativas. El desarrollo se emparejó con un nuevo interés en muchos países europeos por entender la economía y la dinámica del sector salud. A principios de los setenta se realizaron esfuerzos considerables en la mayoría de los países para recopilar datos sistemáticos y determinar el marco conceptual y las definiciones que respaldaran gran parte de este trabajo.

El proceso entró en la cuarta etapa sólo después de que la mayoría de países establecieran sus propios conjuntos de cuentas nacionales de salud. Los años ochenta vieron esfuerzos dentro de la Comunidad Europea y de la OCDE para armonizar los conceptos, definiciones y enfoques sobre la base de un sistema de contabilidad común (OCDE, 1985). A menudo se asocian muy estrechamente los esfuerzos europeos con los desarrollos oficiales de la OCDE en conjunto, ya que en esta última organización con sede en París trabajan muchos funcionarios europeos. Existen numerosas dificultades incluso en los países europeos para hacer las cuentas nacionales de salud compatibles debido a las diferencias fundamentales en la estructura de los sistemas de salud nacionales.

Utilizando la Contabilidad de la Renta Nacional para estimar el Gasto Nacional en Salud

Tres de los objetivos claves para estimar el gasto nacional en salud (cuentas nacionales de salud) son:

- Cuantificar los recursos gastados de acuerdo con sus fuentes y usos.
- Entender el papel del gasto en salud en un contexto macroeconómico más amplio.
- Permitir comparaciones entre los países, con vistas a comprender y explicar las diferencias.

La meta última de todos estos objetivos es informar en el desarrollo de políticas. A la hora de considerar la asignación de los escasos recursos entre distintos objetivos que compiten entre sí, es importante conocer la utilización de los fondos. Esta necesidad por información es aplicable no sólo dentro del sector salud, sino también entre sectores, ya que los recursos utilizados por el sector salud no están disponibles para otras formas de consumo o inversión. El conocimiento de los flujos de fondos, sus fuentes, y canales, es también importante para comprender cómo los cambios en asignación y movilización de recursos pueden ser afectados. La comparación internacional suministra una referencia para juzgar los niveles y la estructura de gasto en un determinado país.

Por lo tanto, ha resultado razonable observar la construcción de cuentas nacionales de salud como siendo un extensión natural de la compilación de las cuentas nacionales de ingreso. Este punto de vista ha llevado habitualmente a intentos o propuestas de basar la recopilación de estimaciones del gasto nacional en salud en el marco y con la base de datos de la contabilidad nacional estandarizada (SNA). Desde un planteamiento teórico, este enfoque es atractivo ya que se supone que la contabilidad de renta nacional cuantifica todos los objetos de consumo, incluyendo los relacionados con la salud. El único problema aparente que hay que superar es la modificación de los datos para poder derivar las cantidades en interés. Algunas de las categorías importantes para el análisis del sector salud no son exactamente idénticas a las empleadas por la SNA y por eso puede ser necesario la inclusión y omisión de ciertas subcategorías. Si se pudieran hacer estos ajustes, representarían claramente un método más fácil y, lo que es más importante, más barato para calcular las estimaciones independientemente (Deering, 1981).

Por desgracia, varios problemas conceptuales y metodológicos han impedido llevar a cabo este proceso, incluso en los países de la OCDE. Aunque estos problemas se aplican también a los países en desarrollo, se revisan aquí en la explicación de la

estimación del gasto nacional en salud de los países de la OCDE porque estos últimos países no padecen muchos de las dificultades operacionales y de calidad de los datos que sufren los países en desarrollo. (La construcción de sistemas de contabilidad secundarios puede no ser también aconsejable cuando todavía no está claro que el método SNA pueda ser incorporado con éxito a los sistemas estadísticos de los países industrializados). También se han considerado y debatido estos asuntos más en la OCDE, y por eso es útil hacer una referencia a estas polémicas. Para una explicación más detallada de estos asuntos, ver Foulon (1982) y Pétre (1983).

Razones conceptuales fundamentales hacen que la SNA no-modificada sea menos útil para el trabajo sobre el sector salud y las estimaciones del gasto nacional en salud. Las bases conceptuales de la SNA son también elocuentes ya que han configurado muchas de las clasificaciones y enfoques metodológicos que se han desarrollado para recopilar la contabilidad de renta nacional. Estas clasificaciones y enfoques metodológicos pueden ser también inadecuados para el trabajo sobre el sector salud.

El problema conceptual deriva del hecho de que el propósito de la SNA (y de otros sistemas de contabilidad de renta nacional) era y sigue siendo distinto del trabajo en la contabilidad nacional de salud. Esta distinción nos lleva a dos tipos fundamentales de dificultades:

- Las categorías económicas usadas en la SNA pueden ser inapropiadas para el análisis del sector salud. Un principio básico de la SNA es que las actividades similares deben agruparse conjuntamente bajo la misma categoría económica. La categorización habitual consiste en lo siguiente: servicios gubernamentales, empresas productivas, hogares, acumulación de capital, etc. En este enfoque está implícito que todas las transacciones económicas pueden representarse como transferencias entre una o más de estas categorías fundamentales. Por otro lado, el trabajo sobre la contabilidad nacional de salud se preocupa no sólo por la naturaleza económica de la actividad sino también por su propósito, a saber, la promoción de la salud. La atención de salud contiene varios componentes que atañen todas las categorías anteriores.
- La SNA se desarrolló originariamente para ayudar al análisis de las condiciones de producción. Por ello, las clasificaciones inherentes al sistema y las metodologías que han surgido no son siempre adecuadas para analizar una actividad orientada hacia el servicio como la atención de salud.

Más adelante se explican ejemplos de estas dificultades.

Dificultades conceptuales y de clasificación

El problema de definir lo que constituye los servicios de salud o el sector salud siempre es difícil y controvertido. La dificultad conceptual reside en el hecho de que se puede considerar que muchas actividades humanas aportan de alguna forma una mejora de salud, por ejemplo, la enseñanza primaria, la recogida de basuras, el suministro de agua corriente, etc. En un momento dado habrá que tomar decisiones arbitrarias para distinguir los servicios de salud de los otros servicios. Mientras no haya una solución definitiva, siempre se podrán postular definiciones de trabajo.

Por desgracia, las bases conceptuales y las clasificaciones asociadas que se encuentran en la contabilidad de renta nacional no son generalmente muy útiles a la hora de cuadrar los gastos sea cual sea la definición que se emplee. La contabilidad se diseñó originariamente para el análisis del crecimiento económico y por eso hace hincapié en las actividades productivas y en la cantidad de bienes más que en los servicios. Como las actividades de salud son por lo general servicios, la contabilidad de renta nacional no proporciona un medio adecuado de tratarlas.

Por ejemplo, la SNA clasifica el consumo gubernamental sobre la base de la nomenclatura institucional. Todos los gastos de un determinado ministerio se clasifican bajo la función de ese departamento. Por ello, a menudo se incluyen los servicios médicos para los militares en la defensa nacional, mientras que los servicios médicos escolares se incluyen en educación. De forma parecida, los servicios de salud laborales suministrados por los empresarios se definen como un consumo intermedio y por lo tanto no aparecen en las cifras de consumo final. También existen problemas de clasificación en el campo del consumo privado. Por ejemplo, la diferencia entre las primas abonadas a los fondos de una compañía de seguros y sus pagos por servicios de salud reales, esto es, sus costos administrativos y beneficios netos, se clasifican como servicios financieros.

Los servicios no se separan de la misma forma que los bienes. Aunque en sí mismo ésto no afecta a la estimación del conjunto total, impide la producción de cifras más detalladas que interesan a los planificadores del sector salud. Por ejemplo, los servicios proporcionados por los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud no se dividen; sí hay en cambio una clasificación de los componentes individuales del gasto en alimentación como el azúcar (Foulon, 1982). Los servicios hospitalarios no se separan en pacientes ingresados y ambulatorios; sin embargo, esta separación es necesaria para cualquier análisis detallado del sector.

Otro problema de separación tiene que ver con las distinciones categóricas empleadas. Puesto que las definiciones que usa la SNA fueron pensadas en un principio para analizar las condiciones de producción, no siempre son satisfactorias para tratar los gastos en salud (Foulon, 1982). Por ejemplo, una de las mejoras efectuadas a la SNA original fue distinguir entre la producción de mercado y no mercantil. Los servicios se consideran de mercado si los ingresos de las ventas

cubren la mitad o más de los costos finales de producción. El consumo final de tales bienes y servicios de mercado se asigna a los hogares, mientras que el consumo final de los bienes y servicios no de mercado sólo puede asignarse al gobierno y a las instituciones privadas sin ánimo de lucro. Donde la administración pública controla y financia substancialmente un sistema nacional de atención de salud y establece ciertas restricciones sobre la elección del consumidor, la SNA concluye que es el gobierno el comprador de estos servicios y por lo tanto se clasifican como producción no de mercado. Si el individuo tiene libertad de elección entre los servicios, incluso cuando estos estén regulados por el Estado, entonces se considera al hogar como el consumidor del servicio. Por desgracia, incluso en los países con servicios de salud de producción eminentemente pública, los consumidores tendrán cierta capacidad de elección, por muy pequeña que sea, entre un sector público sin mercado y un sector privado con mercado. Por lo tanto, lógicamente, los consumidores, es decir, los hogares, pueden consumir los servicios públicos no de mercado. Pero éstos no pueden ser asignados según la SNA a los hogares.

Tampoco se hacen otras distinciones en la SNA, como entre financiación pública o privada o entre consumo individual o colectivo. Estas distinciones describirían como se canalizan los flujos de fondos y tienen su importancia para describir el gasto en salud. Si se va a usar el marco de la SNA para un análisis detallado, hay que incluir varias definiciones y distinciones adicionales (Foulon, 1982).

Dificultades Metodológicas

La contabilidad de renta nacional no sólo consta de un marco contable como la SNA sino también de los métodos estadísticos empleados para compilar las cifras reales. Los métodos empleados normalmente para elaborar la contabilidad de renta nacional no son apropiados y no son lo bastante rigurosos o suficientemente específicos para ser útiles en las cuentas nacionales de salud. Originariamente, fueron diseñados para bienes, que tienen una naturaleza tangible y que a su vez son producidos generalmente a partir de aportaciones materiales mediante algún proceso fácilmente reconocible. Dado que la producción de bienes puede ser medida físicamente, es relativamente fácil atribuirle un valor. Por ejemplo, el valor de una cosecha de arroz puede ser imputado a partir de estimaciones de la producción física total y datos sobre los precios del mercado. Los servicios son intangibles por naturaleza y a menudo se producen en intercambios entre individuos. Un conjunto de métodos adecuados para medir la producción física de una economía pueden no ser tan útiles para medir los niveles de los servicios. Un corte de pelo no produce ningún resultado físico que pueda ser medido y por ello es mucho más difícil de valorar.

Por ejemplo, los estudios con muestras de hogares son cruciales para medir el gasto por hogar y la utilización de los servicios de salud. Estos sondeos también juegan

un papel primordial en la recopilación de datos primarios para las cuentas de ingreso nacional. Pero los sondeos de gasto por hogar, que son adecuados para medir los flujos financieros globales con este fin, no son por lo general satisfactorios para un análisis detallado de los componentes mucho más pequeños del gasto en salud. Los problemas se relacionan no sólo con un tamaño muestral insuficiente y una falta de sensibilidad de los datos, sino también con factores tales como un diseño inadecuado de los instrumentos del sondeo y unos períodos de recuerdo inapropiados.

Dificultades Operacionales

La recopilación de cuentas de ingreso y de producción nacional de un país requiere personal y recursos considerables. Por lo general están ubicados en una oficina estadística nacional. Se puede argumentar que para evitar la duplicación de esfuerzos, estos recursos deberían emplearse para compilar las estimaciones del gasto nacional en salud. Aunque supondría algunos costos adicionales, éstos aparecerían como marginales. Sin embargo, en la práctica no es éste el caso; ni los datos ni el personal disponible en una oficina estadística nacional son adecuados para esta tarea.

Mientras que se puede acceder fácilmente a algunos datos necesarios como por ejemplo el gasto público en salud (en los presupuestos generales y en la contabilidad oficial), todavía queda una proporción importante del gasto en salud que debe ser estimada por separado. Esta incluye todos los desembolsos, fondos de las mutuales, gastos en instituciones privadas, etc. Aunque existen medios para determinarlos, hacen falta considerables esfuerzos adicionales en la recopilación de datos para obtener estimaciones precisas, válidas y fiables.

También es probable que haya varias fuentes dispares de información sobre el sector salud que necesiten ser consultadas y cribadas. Este trabajo requiere una importante cantidad de personal con experiencia que no es probable encontrar en la mayoría de las agencias estadísticas centrales. Esta experiencia especializada también es crítica para el objeto del análisis y para la modificación de los datos de cara a satisfacer la demanda de los usuarios en el sector salud. Estas complicaciones son adicionales a los problemas que surgen con las distintas definiciones implícitas en el trabajo sobre el sector salud.

En resumen, numerosas dificultades conceptuales, metodológicas y operacionales impiden la adaptación del marco contable de la renta nacional para la contabilidad del gasto en salud. Se derivan del hecho que el objeto del primero nunca fue ayudar al análisis de servicios y al del sector salud en particular. Aunque se pueden hacer modificaciones, su alcance sería mayor y requerirían muchos más recursos para llevarlas a cabo de los que a menudo son viables. A pesar del importante y creciente gasto en salud (6-14 % del producto nacional bruto) en los países ricos

no se han hecho modificaciones substanciales y suficientes a la SNA en este sentido. No es sorprendente ya que hay una inercia considerable en un sistema internacional de análisis estadístico tan complejo, cuyos objetivos primarios están encaminados hacia otras cosas, y además resulta difícil justificar en la práctica que las necesidades particulares del sector salud sean mayores que las de otros sectores. Dado que los planificadores del sector salud han necesitado de todas formas estimaciones, la mayoría de los países de la OCDE han desarrollado mecanismos alternativos e independientes para estimar el gasto en salud. Debido a la necesidad de datos puntuales y relevantes así como a un interés por comprender los a menudo altamente complejos sistemas de salud. En la mayoría de los casos, la tarea de hacer las estimaciones es confiada a otras agencias que no son la agencia estadística central. Por lo general, están asociados con el ministerio competente o tienen unos lazos institucionales importantes con él.

Cuentas Nacionales de Salud en los EE.UU.

Una de las series de datos más antiguas sobre gasto nacional en salud es la de las Cuentas Nacionales de Salud de los Estados Unidos (USNHA). Desde 1964, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud viene publicando una serie anual de estadísticas describiendo el gasto sanitario nacional en salud total para cada año. Lo que hace de estas cuentas un ejemplo particularmente relevante para muchos países en desarrollo es la considerable experiencia adquirida a lo largo de tres décadas de hacer estimaciones en el contexto de una naturaleza altamente plural de la financiación y provisión de la atención sanitaria del sistema de los EE.UU.. (Para una descripción más detallada del USNHA, ver Lazenby y otros (1992) de donde se ha obtenido esta explicación en gran parte). La estructura de los sistemas de salud en otros países desarrollados difiere mucho de la que se encuentra en la mayoría de los países en desarrollo, ya que está dominada por la provisión pública directamente de la atención de salud o por una provisión de seguro social. Los datos financieros sobre estas formas de provisión son relativamente fáciles de obtener y por ello, la experiencia de tratar con formas de provisión no gubernamentales o escasamente reguladas es bastante limitada.

Marco y Diseño

Las USNHA se presentan en forma de una matriz bidimensional que separa el gasto total en salud según sus fuentes y los servicios comprados con ellas. En la Tabla 2 se ofrece un ejemplo de esta matriz. Hay varios factores importantes en las matrices de las USNHA:

- Intentan ser comprensibles, presentando la totalidad de flujos

interconectados en todo el sistema de atención de salud, incluyendo los componentes públicos y privados.

- Son multidimensionales y pueden expandirse para incorporar otras dimensiones de análisis como el tiempo, la geografía o la edad.
- Son consistentes ya que aplican un conjunto limitado de definiciones que permiten compararlas a lo largo del tiempo.
- El uso de una matriz contable requiere que los números sean consistentes internamente y que quepan en dos dimensiones separadas de la matriz; este proceso controla tanto el muestreo como el error de muestreo¹.

Proceso de recopilación

Aunque las USNHA siguen siendo compatibles con las cuentas de ingreso y de producción nacional, reúnen en un solo sitio las estimaciones del gasto total en salud. Las estimaciones de las USNHA se hacen de forma separada por la Oficina para las Estadísticas de Salud Nacional de la Administración para la Financiación de la Salud (HCFA). A la hora de hacer las estimaciones anuales, la HCFA confía grandemente en fuentes de datos secundarios compilados por otras organizaciones para sus propios propósitos. El sistema sanitario de los EE.UU. es muy diverso y se caracteriza por una proporción poco habitual de gasto privado. (La proporción que es privada es excepcionalmente alta para un país desarrollado pero, de hecho, es comparable a las proporciones encontradas en países en desarrollo de bajo ingreso (Banco Mundial, 1993)).

Además de una multiplicidad de tipos de proveedores y financiadores privados, los Estados Unidos tienen numerosos y distintos programas públicos que financian y proveen atención de salud. Para hacer estimaciones globales, deben contemplarse los datos de cada una de estas fuentes y sus usos, y reunirlos durante el proceso de análisis. La Tabla 3 enumera unos pocos ejemplos de estas fuentes de datos y los métodos empleados para modificarlos.

Como puede observarse, para hacer cada estimación se usan una gran variedad de fuentes de datos. Esto no es una complacencia para con la HCFA, dada la validez de los datos estadísticos potencialmente disponibles. Por el contrario, refleja la diversidad del sistema de salud y la necesidad de hacer estimaciones precisas no sólo generales, sino también separadas por niveles. Virtualmente, todos los datos utilizados se obtienen por terceras partes con otros propósitos. Por ello, rara vez encontramos los datos en un formato adecuado para su uso final o con una cobertura completa. La cobertura incompleta se soluciona empleando datos suplementarios de otras fuentes que relacionen las lagunas o extrapolándolos de datos conocidos utilizando suposiciones recogidas, donde sea posible, de sondeos de muestra.

1/ Muchas de las estimaciones iniciales son objeto de considerables errores de muestreo y no de muestreo. El requisito de que cada estimación quepa en las dos dimensiones proporciona una comprobación independiente sobre la fiabilidad de cada número. Se pueden hacer ajustes para cada una de las estimaciones iniciales basándose en los que se sabe sobre su fiabilidad. Las estimaciones finales no sólo serán consistentes internamente, sino que sus varianzas no serán mayores, e incluso por lo general mucho menores, que las estimaciones iniciales.

Tabla 2

Gasto en Nacional Salud según la Fuente de los Fondos y el Tipo de Gasto: Año 1990

Tipo de Gasto	Privado						Gobierno		
	Total	Todos los fondos privado	Consumidor				Total	Federal/ ¹	Estatal y Local ²
			Total	Desembolso	Seguros Privados	Otros			
Gasto en Nacional Salud	\$666,2	\$383,6	\$352,9	\$136,1	\$216,8	\$30,6	\$282,6	\$195,4	\$87,3
Servicios y suministros de salud	643,4	374,8	352,9	136,1	216,8	21,8	268,6	184,3	84,3
Atención sanitaria personal	585,3	343,5	322,2	136,1	186,1	21,3	241,8	177,2	64,6
Atención hospitalaria	256,0	116,0	102,2	12,8	89,4	13,8	140	104,6	35,3
Servicios Médicos	125,7	81,7	81,7	23,5	58,2	0,0	43,9	35,1	8,8
Servicios Dentales	34,0	33,1	33,1	18,0	15,1	--	0,9	0,5	0,4
Otros servicios profesionales	31,6	25,2	21,5	8,8	12,8	3,6	6,4	4,9	1,6
Atención a domicilio	6,9	1,8	1,3	0,8	0,5	0,5	5,1	4,1	1,0
Fármacos y otros perecederos médicos	54,6	48,5	48,5	40,2	8,3	--	6,1	3,0	3,1
Productos oftalmológicos y otros duraderos médicos	12,1	9,4	9,4	8,2	1,3	--	2,7	2,4	0,3
Hospitales de Crónicos	53,1	25,5	24,4	23,9	0,6	1,0	27,7	17,2	10,5
Otra atención personal	11,3	2,2	--	--	--	2,2	9,1	5,5	3,5
Administración de programas y costo neto de los seguros sanitarios privados	38,7	31,2	30,7	--	30,7	0,6	7,5	4,8	2,7
Actividades de salud pública del gobierno	19,3	--	--	--	--	--	19,3	2,3	17,0
Investigación y construcción	22,8	8,8	--	--	--	8,8	14	11,0	3,0
Investigación	12,4	0,8	--	--	--	0,8	11,5	10,0	1,5
Construcción	10,4	8,0	--	--	--	8,0	2,5	1,0	1,5

1/ Las estimaciones detalladas del programa de financiación del Gobierno Federal se hacen para Medicare, el Fondo de Compensación de los Trabajadores, Medicaid, el Departamento de Defensa, Salud Materno-Infantil, Rehabilitación Vocacional, la Administración Mental, de drogas y de alcohol, el Servicio de Salud Indígena y una mezcla de programas médicos y de hospitales generales.

2/ Las estimaciones detalladas de los programas de financiación local y estatal se hacen para los Programas de Incapacidad Laboral Transitoria, el Fondo de Compensación de los Trabajadores, Medicaid, la Asistencia General de Salud Materno-Infantil, la Rehabilitación vocacional, los subsidios a hospitales y la Salud Escolar.

Nota: 0.0 indica que la cantidad es inferior a 50 millones de dólares. Los gastos de investigación y desarrollo de las compañías farmacéuticas y otros fabricantes y proveedores de equipos y suministros médicos se excluyen de los gastos de investigación, pero se incluyen en la clase de gasto donde se emplee el producto. Los totales pueden no ser exactos debido a los redondeos.

Fuente: Adaptado de Lasenby y otros (1992). Los datos provienen de la Oficina del Actuario de la Administración para la Financiación de la Atención Sanitaria (HCFA): Datos de la Oficina de Estadísticas de Salud Nacional.

Tabla 3

Algunas fuentes de información sobre el financiamiento y la provisión de atención de salud en los Estados Unidos

<i>Atención/Producto provisto</i>	<i>Fuentes de datos primarios</i>	<i>Modificaciones y estimaciones</i>
Atención Hospitalaria	<p>Sondeo voluntario anual de la AHA sobre gastos hospitalarios</p> <p>Datos de la Agencia Federal sobre hospitales federales</p>	<p>Datos de los que no contestan (~10%) imputados por los analistas</p> <p>Datos transversales de la AHA convertidos en longitudinales hospital a hospital</p> <p>Conjunto de datos editados para asegurar la información consistente a lo largo del tiempo</p> <p>Ingresos estimados a partir de los gastos utilizando razones ingreso-gastos conocidas y estándares</p> <p>Conversión de revisión: el año contable pasa a año del calendario</p> <p>Se editan y hacen ajustes finales</p>
Fármacos y otros productos perecederos	<p>Envíos y ventas según lo declarado a la PMA</p> <p>Sondeo anual de operaciones con medicamentos de distribuidores y detallistas por la asociación de la industria</p>	<p>Datos de la PMA ajustados para las no-respuestas</p> <p>Razones de inventario derivados de los sondeos de la industria sobre varios componentes de la red de distribución farmacológica</p> <p>Márgenes de ventas de fármacos estimados de los sondeos sobre los distintos componentes de la red de distribución farmacológica</p> <p>Gastos totales estimados utilizando los datos</p>
Fuentes Financieras		
Gastos desembolsados	<p>CE anual de la población no institucional</p> <p>Sondeos nacionales periódicos de los hospitales de crónicos</p> <p>Sondeos de atención sanitaria a domicilio por el VNA</p> <p>Sondeos de atención sanitaria a domicilio por el VNA</p> <p>SAS de la Oficina del Censo de los E.E.U.U. sobre empresas</p>	<p>De las estimaciones de CE se reducen las cantidades recibidas como reembolsos por el seguro</p> <p>Gastos de la población institucionalizada estimados de los sondeos en hospitales de crónicos</p> <p>Los gastos de atención sanitario a domicilio se derivan de los sondeos de la VNA</p> <p>Los gastos de atención sanitario a domicilio se derivan de los sondeos de la VNA</p> <p>Los datos del SAS sobre consultas externas se usan para hacer estimaciones de las fuentes de financiación</p> <p>Todas las fuentes se comparan unas con otras y con combinaciones de las mismas para obtener los gastos desembolsados totales, separados por categorías.</p>
Subvenciones a hospitales de los gobiernos no-Federales	Sondeo anual de la AHA	Las subvenciones vía impuestos se estiman a partir de la información sobre fuentes de ingresos disponible de los sondeos de la AHA

Abreviaturas: AHA = Asociación de Hospitales Americanos; PMA = Asociación de Fabricantes de Medicamentos o Farmaindustria; CE = Sondeo de Gastos del Consumidor; VNA = Asociación de Enfermeras a Domicilio; AMA = Asociación Médica Americana; ADA = Asociación Odontológica Americana; SAS = Sondeo Anual de Servicios

Ninguno de los procedimientos que se siguen para hacer una estimación en particular son fijos. Se cambian frecuentemente si se dispone de mejores fuentes de datos, si la calidad o comparabilidad de las fuentes de datos empeora o cambia, o si hay pruebas de que los procedimientos actuales no sean satisfactorios. La HCFA hace un continuo esfuerzo, pero también otros organismos para reevaluar tanto la fiabilidad y amplitud de cobertura de las fuentes de datos existentes como las fórmulas de estimación en término de resultados y costos. Los datos suplementarios se recopilan constantemente para verificar la fiabilidad de las fuentes empleadas en ese momento.

Caso Práctico: Estimación del Gasto por Servicios Médicos

Los puntos subrayados previamente pueden ilustrarse fácilmente en el caso de la estimación del gasto por médico, dentista u otro servicio profesional (Lazenby y otros, 1992). Todos ellos son esencialmente proveedores privados. Están separados en varias categorías utilizando para ello la Clasificación Industrial Estándar (SIC), una taxonomía estandarizada de servicios económicos empleada por las agencias gubernamentales con fines estadísticos. La propia SIC se revisa periódicamente y cuando hay cambios significativos, la HCFA modifica sus propios procedimientos y bases de datos para incorporarlos. Los servicios médicos se definen como constan en varios de estos grupos SIC (SIC 801, 803 y parte de 8071). Los servicios dentales y otros servicios se definen de forma similar. En las USNHA se hace una cualificación más a la definición de servicios profesionales: donde los servicios a pacientes se presten mediante una forma organizada de atención de salud en la que los profesionales son gratificados indirectamente en forma de salarios u otras formas de compensación institucionalizadas, dichos servicios se incluyen como gastos de esa organización. Por lo tanto, los servicios de los residentes y médicos internos de los hospitales se clasifican como gastos por servicios hospitalarios y aquellos de los facultativos del ejército se clasifican bajo otros servicios de salud.

Hasta finales de los setenta, los gastos se estimaban a partir de los impuestos federales. Estos datos están disponibles en forma de categorías SIC. Se tenían que hacer ajustes a los datos originales para evitar la doble-contabilidad de servicios de laboratorios independientes facturados a los médicos que ya habían sido contabilizados bajo la categoría de servicios de laboratorio. El Servicio de Impuestos Internos (IRS) publica en sus estadísticas de ingresos (SOI), datos basados en un análisis de una muestra de declaraciones. Por desgracia, los recortes presupuestarios obligaron al IRS a reducir el tamaño de la muestra, lo que condujo a estimaciones erráticas del crecimiento interanual. Por ello, los datos del IRS fueron reemplazados con datos del sondeo muestral de la Encuesta Anual de Servicios (SAS) de la Oficina del Censo de los EE.UU., la cual proporciona estimaciones de cambios interanuales en facturación de negocios. Esta información se combina entonces con los datos más detallados disponibles del Censo

quinquenal de Servicios Industriales que encuesta todos las empresas de servicios. Los datos de este estudio proporcionan puntos de referencia para la SAS que permiten hacer estimaciones interpolando para el ínterin. Puesto que los distintos censos han usado distintas versiones de la SIC, hay que hacer ajustes que permitan construir series de datos usando las distintas definiciones y que permitan efectuar comparaciones válidas a lo largo del tiempo.

El procedimiento anterior se emplea para calcular las estimaciones finales del desembolso a los médicos. Luego se verifican empleando varias fuentes de datos independientes, desde las cuales se pueden derivar estimaciones alternativas. Estas fuentes incluyen actualmente datos sobre empleo e ingresos en establecimientos no gubernamentales, estimaciones de inflación de precios derivada del Índice de Precios al Consumo, y medidas indirectas como el número de ingresos hospitalarios, estancias hospitalarias, etc.

Evaluación de la USNHA

Los cambios continuos en las fuentes de datos subyacentes requieren una reevaluación continua de su uso y el considerar emplear otras nuevas. Además, la evolución incesante del sistema de salud de los EE.UU. lleva a continuos cambios en su estructura. Este patrón de frecuentes cambios tiene dos consecuencias:

- Los cambios estructurales requieren eventualmente la construcción de nuevas categorías y definiciones y por lo tanto, la recopilación de nuevos datos.
- Las preocupaciones de los políticos también cambian a menudo y exigen nuevos tipos de información.

La evaluación tanto de la ejecución como de los objetivos está integrada en el proceso del USNHA. La HCFA hace continuos esfuerzos para revisar la calidad de las fuentes de datos subyacentes y la fiabilidad de las distintas estimaciones. A menudo se preparan varias estimaciones empleando distintas fuentes de datos primarios para una categoría de interés particular y entonces se comparan estas estimaciones entre sí antes de adoptar la más fiable. Cuando en ciertos años hay cambios en las fuentes de datos particulares o en las clasificaciones empleadas para compilar los datos, la HCFA prepara y facilita dos conjuntos de estimaciones finales, uno basado en la nueva fuente o clasificación y el otro en la histórica. Las estimaciones de años anteriores se revisan frecuentemente para compatibilizarlas con las nuevas, o se facilitan cruces que permitan a los usuarios intercambiar las distintas series de estimaciones.

Además de estos esfuerzos rutinarios, la HCFA organiza regularmente conferencias y ponencias con técnicos representativos para revisar el proceso (ver Lindsey y Newhouse 1986, Health Care Financing Administration 1990 y Haber y Newhouse

1991). En estas reuniones, los principales usuarios de los datos de la USNHA se encuentran con los expertos estadísticos y los representantes de la HCFA. Se discuten las dificultades y deficiencias actuales y se sugieren directrices futuras. Si los usuarios creen que deberían incluirse nuevas categorías de datos, se pueden discutir sus propuestas y alcanzar un consenso antes de hacer grandes cambios. Este proceso asegura que la USNHA siga siendo relevante para sus destinatarios finales y que los conceptos, métodos y procedimientos se mantengan actualizados.

Estimaciones del Gasto Nacional de en Salud en los Países en Desarrollo

La contabilidad nacional de salud en los países en desarrollo todavía está en una etapa relativamente temprana. En términos del proceso de cuatro pasos descrito en la Tabla 1, sólo habría alcanzado el final de la segunda etapa a principios de los ochenta. El análisis sistemático del financiamiento de la salud fue mínimo hasta finales de los setenta y principios de los ochenta. Sería justo decir que mucha de la política de salud internacional estaba preocupada con el proceso y los productos de los sistemas de salud y muy poco con la movilización de recursos.

Retrospectivamente, fue la crisis económica de los ochenta, la que llevó en muchos países a una renovación en la forma de enfocar los problemas de la limitación de recursos tanto a nivel nacional como internacional². Este cambio llevaría eventualmente a la percepción de que los datos de financiamiento de la salud básicos debían ser recopilados tanto para apoyar las propuestas de políticas como para ayudar a su realización.

Primeros trabajos

El primer estudio sistemático de gasto en salud en países en desarrollo parte de los estudios iniciales de Abel-Smith para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Abel-Smith, 1963, 1967). Estos estudios consistieron en un cuestionario sobre gastos de salud tanto en países desarrollados como en desarrollo. El sondeo de 1963 incluyó dos países en desarrollo, Chile y Sri-Lanka, mientras que el sondeo de 1967 incluyó a 21 países. Los históricos estudios de Abel-Smith fueron el primer intento de aplicar un conjunto estándar de conceptos y definiciones al análisis del gasto en salud en distintos países. Estos sondeos emplearon también un enfoque y metodología estándares para el análisis y manejo de los datos. Sin embargo, puesto que ninguno de los estudios supuso la recopilación activa de datos primarios, no abordaron los problemas de la recopilación de datos sobre el terreno.

Aunque en ambos estudios el autor resaltaba la necesidad de llevar a cabo sondeos de gasto nacional en salud de forma regular con fines estratégicos, se progresó muy poco en la siguiente década. En los años setenta se llevaron a cabo un número de estudios similares, aunque por lo general eran revisiones de los datos existentes y trataban fundamentalmente sobre países desarrollados (Simanis en 1973, IEDES en 1976, Abel-Smith y Maynard en 1978, Maxwell en 1981).

2/ La etapa 2 de este proceso puede identificarse con los ochenta, cuando la mayoría de gobiernos africanos e hispanoamericanos se enfrentaron a serios problemas económicos y limitaciones fiscales. En algunas de las partes de Asia y del Sudeste Asiático con un mayor crecimiento aumentó también el interés por los temas de financiación sanitaria, aunque frecuentemente debido a la necesidad de gestionar el impacto del rápido crecimiento económico en el incremento de la demanda de atención de salud y el tamaño del sector privado.

En 1976, la OMS en colaboración con el Instituto Sandoz para la Salud y los Estudios Socioeconómicos de Ginebra, empezó un pequeño programa para desarrollar métodos de realización de sondeos de gasto en salud en países en desarrollo. Este paso constituye un importante punto de inflexión. Como consecuencia de este programa se efectúan un número de estudios breves pero sistemáticos en varios países. El más importante fue uno hecho en Botswana en nueve semanas (Kam y otros, 1977). Otro aspecto del programa conjunto OMS-Sandoz fue la investigación sobre la viabilidad de la utilización a corto plazo de expertos extranjeros para llevar a cabo los sondeos. De esta forma, se lograron estudios satisfactorios en dos países del Africa francófona, Senegal y Ruanda.

El éxito del estudio de Botswana llevó a la elaboración de un manual detallado sobre la compilación de datos de gasto en salud. Fue escrito por el funcionario del Ministerio de Salud de Botswana que efectuó el sondeo inicial (Kam, 1978). Se basó en la experiencia de Botswana y en los trabajos previos de Abel-Smith (1963 y 1967) y pretendía ser relevante para otros países. El manual abarcaba la mayoría de temas relacionados en la producción de estimaciones del gasto en salud de un país, incluyendo los aspectos logísticos y de procedimiento. Carecía sin embargo de detalles prácticos, particularmente en relación a la estimación de los gastos privados donde es por lo general simplista y derrocha optimismo en los métodos. Este defecto parece ser un reflejo de la facilidad con la que se llevó a cabo el sondeo original en Botswana, un país con una población de menos de un millón y sólo 11 médicos con consultas privadas, y una administración notable por su competencia y efectividad.

Alrededor de esa época, se había elaborado de forma independiente otro manual más breve y menos detallado como resultado del trabajo en Iberoamérica patrocinado por la US Agency for International Development (USAID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Zschock y otros, 1977). Este trabajo se basaba también mucho a una metodología básica desarrollada inicialmente para Bolivia. Al mismo tiempo, otros varios estudios desconectados habían tocado temas de gasto en salud en países en desarrollo. Estas investigaciones incluyen los estudios en Corea del Sur (Park en 1977), patrocinado por USAID, y Bangladesh (Cumper y otros, 1978), patrocinado por la OMS.

En 1977, la OMS reunió un Grupo de Estudio sobre Financiamiento de Servicios de Salud para examinar las técnicas de obtención y análisis de datos sobre financiamiento de la salud y así identificar las principales categorías de gasto. El Grupo de Estudio revisó otros estudios previos e incluyó a muchos de los individuos que habían estado trabajando en ellos. Su informe (OMS 1978) representó un consenso sobre dónde radicaban los problemas y cómo afrontarlos. Concluía no sólo que los estudios sobre gasto en salud eran útiles, sino también que era posible compilar información de suficiente fiabilidad con un costo moderado. Sus principales recomendaciones fueron:

- Los países deberían efectuar sondeos periódicos de financiamiento y asignación de recursos en el sector salud como parte de su normal proceso planificador.
- Las instituciones académicas deberían colaborar investigando los diferentes métodos de financiamiento de la salud, preparando manuales y guías para realizar estos sondeos.
- La OMS y otras organizaciones internacionales deberían difundir la información sobre los distintos temas y cooperar con otras instituciones para desarrollar técnicas de bajo costo de recolección y análisis de datos.

El informe de la OMS de 1978 tuvo también su trascendencia ya que proporcionó una base y un marco común para el trabajo posterior.

A finales de los setenta y comienzos de los ochenta, la OMS mantuvo diversas reuniones y talleres tanto interregionales como internacionales para expandir la conciencia y fomentar el debate sobre las conclusiones y propuestas del informe. Después de estas reuniones, la OMS desarrolló su propio manual, basado substancialmente en el manual anterior producido por Kam en Botswana (1978). El borrador de este manual de la OMS se empleó ampliamente durante muchos años antes de que fuera definitivamente publicado (Mach y Abel-Smith, 1983). Este trabajo sigue siendo el mejor manual disponible actualmente para dirigir un sondeo de gasto en salud en un país en desarrollo.

Durante este tiempo otros autores desarrollaron diversos manuales (Rice en 1980, Robertson y otros en 1979, Griffiths y Mills en 1982). De estos manuales el que más ha circulado ha sido *Money for Health*, preparado por Griffiths y Mills. Se basaba en gran medida en el manual original de Kam (1978), aunque incorporaba varios módulos de formación diseñados con objetivo docente. Estos módulos fueron desarrollados y probados por Griffiths y Mills junto con un curso de formación de dos semanas que tuvo lugar en Botswana en 1980 y fue apoyado por la OMS, el Instituto Sandoz y la Asociación Americana de Salud Pública (APHA). Asistió personal de varios países del Africa subsahariana. Por desgracia, ahora es bastante difícil encontrar copias del manual de Griffiths y Mills. (El Instituto Sandoz ya no existe, pero mientras existió fue financiado por la compañía farmacéutica Sandoz Pharma Ltd, con sede en Basilea. Sin embargo, una reciente investigación extensa llevada a cabo por la compañía en la literatura externa y en sus propios archivos centrales no consiguieron localizar una copia del manual (Bolliger, 1993)).

Desarrollos en los ochenta

A pesar de la considerable actividad generada en la primera mitad de los ochenta y los diversos manuales producidos entonces, se ha progresado muy poco desde

entonces para llevar a cabo sondeos reales sobre el gasto nacional en salud o para mejorar las metodologías o los enfoques.

Como parte del trabajo básico llevado a cabo para el Informe del Banco Mundial sobre Desarrollo Mundial (Govindaraj y Murray, 1993), los autores realizaron una revisión extensa de todos los informes disponibles, tanto publicados como no publicados, sobre gasto nacional en salud en todo el mundo. Este trabajo no sólo reveló una continua y dramática escasez de datos sobre gasto nacional en salud sino también la pobre o cuestionable calidad de los pocos existentes en los países en desarrollo. Este hallazgo confirmó lo que habían indicado algunos estudios previos sobre el gasto nacional en salud en Asia (Griffith, 1992), Africa (Vogel, 1989) e Iberoamérica (McGreevy, 1992). Dos problemas en concreto se hicieron evidentes:

- La inexistencia de un sistema uniforme de clasificación y definiciones en los estudios sobre un país determinado.
- La pobreza de datos precisos sobre el gasto no público en salud.

La mayoría de los datos disponibles sobre el gasto nacional en salud en los países en desarrollo no se encuentran en forma de cuentas nacionales de salud oficiales. Existen datos de muchos países en material "gris", no publicado. Son típicamente informes internos de donantes internacionales, fundamentalmente el Banco Mundial y USAID. Aunque eventualmente se puede encontrar alguno de estos documentos publicado, frecuentemente hay un intervalo hasta de varios años entre la preparación de los borradores del informe para consumo interno y su eventual salida al público. Es más, a menudo los preparan personal del organismo donante o asesores itinerantes y en períodos de tiempo relativamente cortos y con recursos logísticos limitados. De manera considerable, estos informes de los donantes también se diferencian poco de los análisis hechos por los ministerios o agencias locales en cuanto a los fallos a la hora de adoptar una visión exhaustiva del sector salud. Por lo general, están escritos en conexión con proyectos específicos de la agencia donante, que rara vez se preocupan por una estrategia de salud global. (Incluso la revisión de los sectores salud de la mayoría de países llevada a cabo por el Banco Mundial fracasó algunas veces a la hora de estimar o consultar el nivel de actividad y gastos en el sector privado). Debido a su propia naturaleza, los documentos elaborados por o para agencias donantes tienen una circulación limitada y no son objeto de revisiones externas o por parte de colegas. Esta situación restringe el debate público de los hallazgos y reduce las oportunidades de mejorar la calidad incorporando sugerencias de personas que pueden tener un conocimiento local más específico y relevante³.

Todavía siguen siendo válidas la mayoría de las recomendaciones hechas una y otra vez durante los años 60 y 70 en los informes de las organizaciones oficiales. Ha habido un fracaso evidente a la hora de seguir la mayoría de ellas, a pesar de la

3/ La disparidad entre la cantidad de datos disponibles para el personal de las agencias donantes y para sus homólogos locales puede tener dos efectos: en primer lugar, el impacto de las estimaciones recogidas por los donantes sobre las capacidades estadísticas locales puede ser limitado. En segundo, la relativa abundancia de datos disponibles dentro de la comunidad donante internacional puede ocultar la verdadera extensión del problema a los que potencialmente estarían en la mejor situación para ayudar.

atención creciente de los donantes y de los gobiernos nacionales por los problemas de la financiación de la salud. Se ha hecho poco para mejorar las herramientas metodológicas disponibles desde principios de los 80, ya sea evaluando métodos existentes o desarrollando otros nuevos, más costo-efectivos. Es más, la mayoría de los manuales se basaron de hecho en material muy similar y por ello aportaron casi nada nuevo.

Cuentas Nacionales de Salud: Herramientas y Capacidades Actuales

Estado de los manuales existentes

Muchos manuales y pautas pretenden ayudar a elaborar los sondeos de gasto nacional en salud en los países en desarrollo. Por desgracia ya no es posible obtener muchos de ellos y algunos ni siquiera fueron publicados oficialmente. De los pocos disponibles, no todos pretenden ser guías prácticas. El trabajo de Cumper (1986) es útil e interesante, pero proporciona esencialmente una visión general de algunos problemas conceptuales y necesitaría ser complementado con otro manual.

Probablemente las dos guías de mayor circulación para realizar estudios de gasto nacional en salud en países subdesarrollados son las publicadas por la OMS (Mach y Abel-Smith en 1983) y el Instituto Sandoz (Griffiths y Mills en 1982). Como se destacó anteriormente, ambas están basadas en el trabajo hecho previamente por Abel-Smith (1963 y 1967) y por Kam (1978). Los textos comparten mucho de su enfoque general. Por ello tienden a tener los mismos defectos así como las mismas virtudes. La explicación que sigue cubre algunos de éstos aunque no pretende ser una revisión exhaustiva de todas las áreas.

Todos los manuales mencionan el problema de definir lo que constituye gastos en salud. Se necesita tal definición para tratar con actividades relacionadas con la salud como por ejemplo, la vivienda, la nutrición o las condiciones de salubridad. Griffiths y Mills (1982) sugieren que cada país debería decidir sus criterios, aunque confían en que surja un criterio comúnmente aceptado. Mach y Abel-Smith (1983) hacen una propuesta más explícita: incluir «todos los gastos con un claro objetivo en salud» y que se efectúan «primordialmente para satisfacer necesidades básicas». Una afirmación tan explícita es importante ya que resalta la necesidad de revisar los gastos fuera del ministerio de salud. Estos son criterios bastante amplios. Los ejemplos citados por Mach y Abel-Smith (1983) incluyen los gastos en subvenciones alimentarias destinados a cubrir las necesidades básicas así como a proporcionar un alojamiento básico para las comunidades de bajos ingresos. La frontera entre lo que se considera gasto primario en salud y lo que son gastos primarios con otros objetivos es por lo general demasiado escurridiza. Las dificultades surgen del hecho que el propósito primario manifestado de un gasto está sujeto a interpretación, y las interpretaciones pueden variar ampliamente dentro de un país y entre los países. Por eso es difícil hacer que las comparaciones internacionales tengan sentido.

Aunque una definición más rígida puede ser una solución al problema de las diferentes interpretaciones, puede no ser factible. Los diseñadores de políticas de los distintos países tienen distintas exigencias y perspectivas de datos y por ello, prefieren trabajar con distintos criterios. Una mejor solución sería una definición más conservadora de las actividades centrales de salud, mientras se pueda definir también otra categoría adicional de otras actividades relacionadas con la salud. Se animaría a los países a recolectar datos sobre ambas categorías. Ellos y otros usuarios podrían entonces tener la posibilidad de combinarlas si quisieran.

Ambos textos (Griffiths y Mills en 1982, y Mach y Abel-Smith en 1983) pretendían ser adecuados para ser usados en una amplia gama de países en desarrollo y circunstancias. (Nótese que debido a sus raíces en el trabajo hecho en el África subsahariana, ambos estudios reflejan algún sesgo geográfico en cuanto a la importancia de sus contenidos; ésto se nota más en el manual de Griffiths y Mills (1982)). Aunque este intento de inclusión es encomiable, significa que los detalles y el asesoramiento procesal se sacrifican a menudo en aras de la generalidad. Hay una gran variación en la naturaleza de los sistemas de salud y en los objetivos de la política en función de los niveles de ingreso y de las regiones. Si hubiera alguna guía de uso práctico, se deberían abordar los problemas particulares de las distintas áreas. A pesar de sus defectos, ambos manuales proponen clasificaciones relativamente detalladas para desglosar los datos. La tabla 4 proporciona un extracto de una de las tablas contenidas en el manual de Griffiths y Mills (1982). Está claro que, en la práctica, este nivel de detalle puede ser difícil de conseguir en los países en desarrollo, muchos de los cuales tienen bastantes dificultades para estimar incluso el gasto en salud total sin un gran componente de error.

En ambos manuales, las herramientas metodológicas que se pueden emplear para generar las cifras necesarias se abarcan de forma exhaustiva, aunque breve. Se suele proporcionar el perfil más amplio, con poca referencia a los problemas prácticos encontrados en realidad a la hora de usar algunos de los enfoques sugeridos. Este es un aspecto particular con respecto al sector privado. Por ejemplo, ambos manuales recomiendan el uso de sondeos nacionales generales de gasto por hogar para estimar los gastos privados en salud, sin mencionar los serios problemas que implica la interpretación de tales datos. (Este punto será objeto de un siguiente documento de trabajo del DDM). De forma parecida, ambos recomiendan sin cualificación el uso de datos de las declaraciones de la renta, cuando estén disponibles, para estimar los ingresos de los proveedores privados, a pesar de la poca fiabilidad de tales informaciones en países con grandes niveles de evasión de impuestos. En todos estos casos, los manuales necesitan ser complementados con otros materiales más detallados que proporcionen los detalles técnicos relevantes y expliquen los problemas potenciales. Actualmente están disponibles muy pocos de estos materiales en los países en desarrollo.

En general, se abarca bien la estimación del gasto público en salud bien cubierto y

Tabla 4

Extracto de la Tabla mostrando el desglosamiento de los datos del gasto en salud

<i>Resumen de la Tabla 2 (completa)Gastos de capital en el sector salud.</i>	<i>Ministerio de salud</i>	<i>Otros ministerio</i>	<i>Gobiernos locales</i>	<i>Otros organismo estatales</i>	<i>Misiones</i>	<i>Industria</i>	<i>Cuerpos voluntarios locales</i>
Hospitales docentes y de referencia nacional	100.000						10.000
Hospitales generales	130.000				50.000	20.000	
Hospitales de larga estancia							
Hospitales Psiquiátricos	20.000						
Otras instituciones (especificar)							
Centros de salud con personal facultativo							
Centros de salud con personal no facultativo			200.000				
Puestos de salud con sólo trabajadores sanitarios de la comunidad			50.000				
Consultas privadas							
Servicios dentales privados							
Otros servicios privados (especificar)							
Control de enfermedades transmisibles							
Suministro de agua doméstica		60.000					
Programas de salubridad		40.000	40.000				
Programas de nutrición							20.000
Programas de Educación para la Salud							15.000
Programas de salud laboral							
Otros programas (especificar)							
Servicios de laboratorios centrales						50.000	
Desplazamientos y transporte							
Administración general							
Formación - médicos, dentistas							
Formación - otro personal sanitario							
Investigación médica							
Otros servicios (especificar)							
Transferencias de capital							
Total	250.000	100.000	290.000		50.000	250.000	45.000

Fuente: Griffiths y Mills, 1982

Tabla 4

Extracto de la Tabla mostrando el desglosamiento de los datos del gasto en salud

<i>Resumen de la Tabla 2 (completa) Gastos de capital en el sector salud.</i>	<i>Cuerpos voluntarios locales</i>	<i>Pagos privados directos por los individuos</i>	<i>Seguros</i>	<i>Fuentes privadas de auto-ayud</i>	<i>Ayuda extranjera - oficial</i>	<i>Ayuda extranjera - privada</i>	<i>Total</i>
Hospitales docentes y de referencia nacional	10.000						
Hospitales generales							
Hospitales de larga estancia							
Hospitales Psiquiátricos							
Otras instituciones (especificar)							
Centros de salud con personal facultativo							
Centros de salud con personal no facultativo							
Puestos de salud con sólo trabajadores sanitarios de la comunidad							
Consultas privadas							
Servicios dentales privados							
Otros servicios privados (especificar)							
Control de enfermedades transmisibles							
Suministro de agua doméstica							
Programas de salubridad							
Programas de nutrición	20.000						
Programas de Educación para la Salud	15.000						
Programas de salud laboral							
Otros programas (especificar)							
Servicios de laboratorios centrales							
Desplazamientos y transporte							
Administración general							
Formación - médicos, dentistas							
Formación - otro personal sanitario							
Investigación médica							
Otros servicios (especificar)							
Transferencias de capital							
Total	45.000						

Fuente: Griffiths y Mills, 1982

con un detalle razonable. Sin embargo, ciertas áreas justifican una mejora o elaboración. Un problema, encontrado más frecuentemente hoy (1993) que a principios de los ochenta, se refiere a la descentralización de los servicios de salud. En muchos países ha habido un cambio en esta dirección, en parte debido a que la ortodoxia dominante contemplaba esta disposición como más deseable. En algunos países es fácil recoger los datos de todos los gastos locales. En otros, especialmente en los países grandes, es mucho más difícil, y puede ser más fácil emplear procedimientos de muestreo. Por desgracia, ningún manual proporciona un asesoramiento detallado sobre cómo deberían efectuarse esos muestreos.

Sin embargo, ambos manuales siguen siendo útiles para aquellos países u organizaciones que deseen empezar un sondeo de gasto nacional en salud. En cierta forma, se complementan entre sí. El manual de Griffiths y Mills (1982) se escribió con un objetivo docente: por ello debería ser útil para formar al personal que vaya a estar involucrado en el sondeo. Por otro lado, el manual de la OMS (Mach y Abel-Smith, 1983) tiene un enfoque más teórico y analítico, que puede ser útil para aquellos responsables de organizar el estudio e interpretar después los resultados. Sin embargo, estos manuales no son tan apropiados para los países que quieran establecer un sistema para efectuar estudios repetidos de gasto nacional en salud y recoger regularmente las cuentas nacionales de salud. Ambos manuales se ocupan de realizaciones de estudios puntuales. Sin embargo, muchas de las ventajas de las cuentas nacionales de salud derivan de tener una serie de cuentas -+-a lo largo del tiempo. La obtención de estas series exige la consolidación de una capacidad de sondeo permanente y diferentes enfoques en la obtención de datos. Una de las razones por las que no se hizo caso de la recomendación de la OMS de 1978 para estudios repetidos, es que se había pensado poco en los medios de establecer un sistema permanente de recogida y análisis de datos.

Limitaciones en las capacidades estadísticas

El consenso del Grupo de Estudio de la OMS de 1977 (OMS, 1978) fue que los países debían intentar por todos los medios llevar a cabo sondeos regulares de gasto en salud. Sin embargo, como ya se ha indicado, aunque los diversos manuales mencionan los problemas administrativos y de gestión de llevar a cabo sondeos puntuales, ninguno trata el tema de como deberían facilitarse los sondeos regulares y como podrían integrarse en un proceso continuo de formulación de directrices de política de salud.

La falta de metodologías y herramientas apropiadas no es claramente el único problema al que se enfrentan los países en desarrollo a la hora de establecer cuentas nacionales de salud. Muchos, sino todos, carecen de las capacidades estadísticas necesarias. Cuando los donantes internacionales se interesan por los problemas de estimar el gasto nacional en salud, su propósito ha sido por lo general el pronunciarse sobre lo que se espera de cada país y como debería hacerse

el trabajo. Por otro lado, la puesta en práctica exige personal estadístico cualificado, marcos de muestreo bien seleccionados y organizaciones con la capacidad de llevar a cabo sondeos, así como de recoger, analizar e interpretar los datos. Cuando los países no pueden ni siquiera estimar su renta nacional o calcular su población⁴, es aún menos probable que sean capaces de establecer cuentas nacionales de salud a menos que se preste considerable atención al proceso de desarrollo institucional y ejecución⁵.

Los problemas de infraestructura estadística inadecuada son especialmente agudos en el África subsahariana (Chander, 1980). En estos países se tendrá que hacer un esfuerzo importante y continuado para reforzar gradualmente sus capacidades. Los problemas de infraestructura también existen en Europa del Este y en la antigua Unión Soviética, pero estos son países con considerables recursos humanos de alto nivel. Sus problemas radican en aprender a cómo construir nuevas formas de recolección de datos que sean compatibles con las de economías más orientadas hacia el mercado y con sistemas de cuidado de salud más pluralistas. En gran parte de Asia y de Latinoamérica, las capacidades estadísticas están por lo general más desarrolladas; ahí, el problema a menudo supone una utilización efectiva y una adaptación de las bases de datos y capacidades existentes.

Limitación de recursos

El problema de la limitación de recursos se relaciona en parte con el de las limitaciones de infraestructura. Los países con recursos humanos y financieros limitados tienden a tener capacidades estadísticas limitadas. (La conexión entre las dos características funciona en ambos sentidos; los países que han tenido éxito por encima de la media a la hora de maximizar su potencial de desarrollo frecuentemente se han beneficiado de un uso más intensivo de la información en el desarrollo de políticas). Sin embargo, la mayoría de países han tendido a no explotar completamente cualquiera que sea el potencial que tienen para compilar datos. La razón es un fracaso de los gobiernos, los usuarios primarios de esos datos, para comprometer los recursos financieros necesarios durante largos períodos de tiempo para este tipo de actividades. Aunque el desembolso requerido para hacer estimaciones regulares y fiables del gasto nacional en salud puede no ser despreciable, es relativamente pequeño en comparación con lo que los gobiernos ya gastan en servicios en salud. Por lo general, los beneficios que pueden obtenerse de una mejor asignación y movilización de recursos y de una elaboración de directrices políticas más informadas, sobrepasan los costos.

A pesar de esta ganancia potencial, rara vez se comprometen los recursos. En algunos países, como en el África subsahariana, pueden ser un factor las serias limitaciones de recursos. Pero en la mayoría de los otros, una falta de apreciación de

4/ Por ello, aunque se argumente con éxito que la contabilidad de renta nacional de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo producirá estimaciones lo bastante precisas (Deering, 1981), esto no puede decirse de los países en desarrollo. La OMS solía publicar de vez en cuando información sobre gasto privado en salud en varios países derivando de la SNA, pero últimamente ha abandonado esta práctica después de reconocer los problemas asociados con este tipo de datos (Parker, 1984).

los beneficios de la recolección de tales datos es la principal razón para fracasar en el establecimiento de sistemas de estimación del gasto nacional en salud. Este hecho sugiere que la necesidad real es diseñar sistemas de información que se perciban como útiles sistemas de información para los responsables de las políticas que produzcan datos relevantes, fiables y oportunos. Un reto de este tipo puede vencerse solo con mucha flexibilidad para adaptar los marcos y directrices a las necesidades locales, empleando técnicas apropiadas al nivel de recursos nacionales existente, con una mayor preocupación por la importancia política y el oportunismo de los datos, y mediante un continuo diálogo entre los encargados de crear los datos y los que los utilizan.

5/ En cierta medida, donde las capacidades estadísticas sean extremadamente débiles, podrán ser exigidas también las metodologías alternativas de recolección de datos. Puede ser necesario emplear métodos que sacrifiquen alguna medida de precisión en interés de reducir el costo y de la velocidad. Estos estarían íntimamente relacionados con los procedimientos de valoración rápida desarrollados en algún otro sitio del sector salud.

Conclusiones y Recomendaciones

A pesar de repetidas recomendaciones, incluidas a las de Abel-Smith (1963 y 1967), la OMS (1978) y una amplia gama de donantes internacionales desde los años sesenta, la disponibilidad de datos de alta calidad y fiables sobre el gasto nacional en salud en los países en desarrollo sólo ha progresado muy lentamente. Desde los setenta, los países en desarrollo han estado intentando oficialmente expandir la disponibilidad de los servicios de salud básicos a sus ciudadanos. Este esfuerzo ha tenido lugar en una época en la que muchos países en desarrollo se han enfrentado a limitaciones crecientes en los recursos internos y cuando los donantes internacionales empezaron a adoptar un enfoque más enérgico hacia las estrategias de financiamiento de la salud. La estimación del nivel global y de la composición de los flujos de gasto debería ser una parte fundamental en la elaboración de directrices políticas para el sector salud. La falta de datos a nivel internacional también limita seriamente los intentos de entender los factores que hay detrás tanto del desarrollo de servicios de salud como del gasto en los países en desarrollo.

Aunque la toma de conciencia de la necesidad de tales datos por parte de los diseñadores de políticas es un primer paso importante para desarrollar unas cuentas nacionales de salud, todavía quedan limitaciones para su desarrollo. Se necesita un esfuerzo renovado para mejorar el marco conceptual y las herramientas metodológicas exigidas en la elaboración del conjunto de cuentas nacionales de salud. A diferencia de la situación de los países desarrollados, las capacidades técnicas necesarias para llevar a cabo esta contabilidad son limitadas en los países en desarrollo. Esta escasez aumenta la responsabilidad de los donantes y las organizaciones internacionales para ayudar en el proceso.

Las bases de datos necesitan ser expandidas para permitir más comparaciones significativas entre los países y a lo largo del tiempo. Idealmente, debería construirse un conjunto uniforme de cuentas nacionales de salud para cada país que se rigiera por un sistema internacional común. En realidad, esto ni siquiera se ha logrado todavía en los países y por el momento es un objetivo irrealista en el mundo en desarrollo. En su lugar debería haber un avance creciente hacia el desarrollo de cuentas nacionales de salud, como lo hubo con el desarrollo de cuentas de renta nacional.

El enfoque de los esfuerzos tanto nacionales como internacionales debería

encaminarse a desarrollar marcos contables adecuados a nivel nacional y a empezar a recoger datos fiables y exhaustivos. Aunque derivar las cuentas nacionales de salud del trabajo hecho para las SNA parece deseable, este proceso no sería factible y en su lugar deben encaminarse los esfuerzos hacia la construcción de cuentas distintas que sean compatibles con el SNA pero recogidas de forma separada. Sólo cuando se haya logrado este objetivo debería intentarse armonizar las cuentas de manera global.

Dado que frecuentemente se dan cercanías en la naturaleza y estructura del sistema de salud en determinadas regiones geográficas, adoptar estrategias regionales para la estandarización puede ser un paso intermedio aceptable en este proceso. Ya hay varios esfuerzos de ámbito regional para mejorar las capacidades estadísticas generales; estos proyectos asocian a las agencias internacionales, los donantes bilaterales y los propios países. En África, podemos incluir el «Programa Africano de Capacitación Doméstica» de las Naciones Unidas y el proyecto «Dimensiones Sociales para el Ajuste» (SDA) dirigido por el Banco Mundial. En Europa del Este podemos citar los esfuerzos de la Unión Europea y de la OCDE con el Centro para la Cooperación con las Economías Europeas en Tránsito (CCEET). Tiene sentido cooperar con estas agencias a la hora de desarrollar capacidades de elaborar cuentas nacionales de salud.

El papel de agencias internacionales como el Banco Mundial, la OMS, la Oficina Estadística de la ONU y otras sigue siendo crítico a nivel internacional. Están en la mejor situación para impulsar el desarrollo de directrices aceptadas

internacionalmente sobre cuentas nacionales de salud. No sólo tiene la capacidad técnica sino que también están a menudo involucradas en el proceso de reforma del sector salud de muchos países. El Grupo Informal de Agencias Internacionales sobre Economía de la Salud en los países en desarrollo y el Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo que se han establecido recientemente (Maurice, 1993) pueden ser foros útiles en este proceso. Junto con las instituciones académicas, pueden apoyar y llevar a cabo la investigación necesaria y deberían desarrollar herramientas metodológicas. Sin embargo, el débil estado de las capacidades estadísticas de muchos países exigirá probablemente que se facilite ayuda técnica y algunas veces recursos externos a muchos países en vías de desarrollo tanto a corto como a largo plazo.

Recomendaciones Específicas

Los temas abarcados y desarrollados en este informe nos llevan a formular cuatro recomendaciones:

- El proceso de desarrollar cuentas nacionales de salud debería estar inspirado por las necesidades de información de los diseñadores de directrices políticas y de otros usuarios de los datos, especialmente de aquellos dentro del propio país. Este enfoque tiene más probabilidades de dar lugar a datos útiles y asegurar que se sigan asignando recursos para trabajar en cuentas nacionales de salud.
- Deberían trazarse directrices internacionales que reflejaran claramente los conceptos básicos y las definiciones a emplear en las cuentas de salud. Podrían complementarse con guías sobre las categorías y los formatos de presentación, tabulación y organización de los datos. Las directrices no deberían ser inflexibles, sino más bien permitir su adaptación según las circunstancias de cada país en particular y a sus necesidades de planificación de políticas.
- Es necesario trabajar en las áreas de desarrollo, comprobación en terreno, evaluación y difusión de herramientas metodológicas más costo-efectivas para estimar el gasto en salud. Las áreas en las que debe prestarse una atención especial son los proveedores privados, los desembolsos directos de los usuarios, los flujos de ayuda internacional al sector sanitario y el gasto público en formas de gobierno descentralizadas.
- También debería prestarse atención a ayudar a los países a desarrollar sus propias capacidades estadísticas donde estas tengan graves defectos. Deberá considerarse la asistencia técnica y financiera a largo plazo donde fuera necesario. Esta ayuda debería materializarse a nivel regional a ser posible, de cara a maximizar el uso del apoyo y los recursos disponibles en la región y a compartir experiencias importantes.

Bibliografía

Abel-Smith, B. 1963. *Paying for health services: a study of the costs and sources of finance in six countries*. Public Health Papers n° 17. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Abel-Smith, B. 1967. *An international study of health expenditure and its relevance for health planning*. Public Health Papers n° 32. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Abel-Smith, B., Maynard, A. 1978. «*The organization, financing and cost of health care in the European communities*». SEC(78)3862. Bruselas, Comisión de las Comunidades Europeas.

Bolliger, G. 1993. «*Personal communication*». del Dr. G. Bolliger, Sandoz Pharma Ltd, Basel, Suiza. 29 de Marzo de 1993.

Chander, R. 1990. Information systems and basic statistics in sub-Saharan Africa. World Bank discussion paper n° 73. Washington D.C., Banco Mundial.

Cumper, G. 1986. *Health sector financing. Estimating health expenditure in developing countries: a discussion paper*. Publicación n° 9 de la EPC. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Cumper, G.E., Chia M., Tarantola, D. 1978. *Expenditure on health in Bangladesh, 1976*. Anexo 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Deering, J.A. 1981. «Book review». *Health Affairs* 1:105-17.

Foulon, A. 1982. «Proposals for a homogeneous treatment of health expenditures in the national health accounts». *The Review of Income and Wealth* 28:45-70.

Govindaraj, R., Murray, C.J.L. 1993. *Global domestic expenditures on health*. Documento base para el Informe sobre Desarrollo Mundial del Banco Mundial, 1993. Cambridge, MA, Harvard University Center for Population and Development Studies.

Griffin, C.C. 1992. *Health Care in Asia: comparative study of cost and financing*. Washington D.C., Banco Mundial.

Griffiths, A., Mills, M. 1982. *Money for health: a manual for surveys in developing countries*. Ginebra, Instituto Sandoz para los Estudios Socio-económicos y de Salud, y Ministerio de Sanidad de la República de Botswana (Gaborone).

Haber, S.G., Newhouse, J.P. 1991. «Recent revisions to and recommendations for national health expenditures accounting». *Health Care Financing Review* 13 (1):111-116.

Health Care Financing Administration 1990. «Revisions to the national health accounts and methodology». *Health Care Financing Review* 11(4):42-54.

Institut d'Etude de Développement Economique et Social 1976. Le financement du système sanitaire dans 14 états Africains et Malgâches 1970-1974. Paris, Institut d'Etude de Développement Economique et Social.

Kam, M. 1978. «Methodology for the survey and analysis of health financing and expenditure in Botswana». Informe no publicado. Gaborone, Botswana, Ministerio de Salud.

Kam, P.M., Malotle, M.P., Raditladi, M.D. 1977. *A country case study: financing of health services in Botswana*. Gaborone, Botswana, Ministerio de Salud.

Lazenby, H.C., Levit, K.R., Waldo, D.R., Adler, G.S., Letsch, S.W., Cowan, C.A. 1992. «National health accounts: lessons from the U.S. experience». *Health Care Financing Review* 13(4):89-103.

Lindsey, P.A., Newhouse, J.P. 1986. «Summary of a conference on national health expenditures accounting». *Health Care Financing Review* 7(4):87-96.

Mach, E.P., Abel-Smith, B. 1983. *Planning the finances of the health sector. A manual for developing countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Maurice, J. 1993. «Agency to improve health policy in Third World». *British Medical Journal* 306(6882):880-81.

Maxwell, R.J. 1981. *Health and Wealth: an international study of health care spending*. Lexington, MA, Lexington Books.

McGreevey, P. 1992. *Social security in Latin America: issues and options for the World Bank*. World Bank discussion paper n° 110. Washington D.C., Banco Mundial.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico 1977. *Public expenditure on health*. OECD studies in resource allocation n° 4. Paris, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico 1985. *Measuring health care 1960-1983: expenditure, costs and performance*. OECD social policy studies n° 2. Paris, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

Park, C.K. 1977. *Financing health care in Korea*. Seúl, Korea Development Institute.

- Parker, D.A. 1984. «The use of indicators of financial resources in the health sector». *World Health Statistics Quarterly* 37:451-62.
- Pétre, J. 1983. *The treatment in the national accounts of goods and services for individual consumption produced, distributed or paid for by government*. Luxemburgo, Eurostat.
- Rice, D. 1980. *Financing health services: a manual for developing countries*. Documento presentado al Simposium Interregional de la OMS sobre financiación de servicios sanitarios. Mexico, 26-30 de Noviembre de 1979. Publicación nº SHS/SPM/80.3 de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Robertson, R.L., Zschock, D.K., Daly, J.A. 1979. *Guidelines for analysis of health sector financing in developing countries*. Rockville, MD, Office of International Health, Department of Health, Education and Welfare.
- Simanis, J.G. 1973. «Medical care expenditures in seven countries». *Social Security Bulletin*. March.
- Stone, R. 1977. «Foreword». En Pyatt, G., Roe, A., eds *Social accounting for development planning with special reference to Sri Lanka*. Cambridge, Cambridge University Press.
- United Nations Statistical Office 1968. A system of national accounts. *Studies in methods*. Series F, nº 2, rev. 3. Nueva York, Naciones Unidas.
- Vogel, R. 1989. *Trends in health expenditures and revenue sources in sub-Saharan Africa*. Artículo no publicado. Preparado para el Estudios sobre Políticas de Salud del Africa Sub-sahariana del Banco Mundial. Phoenix, University of Arizona.
- Organización Mundial de la Salud 1978. *Financing of health services: report of a WHO Study Group*. Technical report series nº 625. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Zschock, D.K., Robertson, R.L., Daly, J.A. 1977. *How to study health sector financing in developing countries*. Washington D.C., Office of International Health, U.S. Department of Health Education and Welfare.